

	<b>FICHA CADASTRAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b> <i>Módulo Residência Terapêutica</i>	<b>Ficha nº 23</b>
<b>1 - DADOS OPERACIONAIS</b> → <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO		
<b>2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>		
2.1 - CNES <input style="width: 150px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento <input style="width: 400px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
<b>3 - IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE</b>		
3.1 - Nome de Referência <input style="width: 300px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		3.2 - Número da Residência Terapêutica <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
3.3 - Tipo de Residência Terapêutica		
<input type="checkbox"/> SRT tipo I <input type="checkbox"/> SRT tipo II		
<b>4 - LOCALIZAÇÃO</b>		
4.1 - Logradouro <input style="width: 200px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		4.2 - Número <input style="width: 80px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
4.3 - Complemento <input style="width: 200px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		4.4 - Bairro <input style="width: 150px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
4.5 - Nome do Município <input style="width: 150px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	4.6 - Cód. Município <input style="width: 60px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	4.7 - UF <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
		4.8 - CEP <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
4.9 - Telefone <input style="width: 150px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
<b>5 - CARACTERIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA</b>		
5.1 - Quantidade de Moradores		
5.1.1 MASCULINOS <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
5.1.2 FEMININOS <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
5.1.3 TOTAL <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
5.2 - Data de Ativação <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		5.4 - Quantidade de Cuidadores <input style="width: 60px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
5.3 - Data de Desativação <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
<b>6 - IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS</b>		
6.1 - DADOS DO RESPONSÁVEL TÉCNICO		
NOME <input style="width: 300px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	CPF <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	CNS <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
E-MAIL <input style="width: 300px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	TELE FONE <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	CBO <input style="width: 60px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
CHS <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
6.2 - Esta Residência Terapêutica possui Parceria com ONG/OS/OSCIP? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Se sim, indique qual? <input style="width: 400px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
6.3 DADOS DOS CUIDADORES		
Nome do Profissional <input style="width: 200px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	CBO <input style="width: 60px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	CPF <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
CNS <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Nome do Profissional <input style="width: 200px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	CBO <input style="width: 60px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	CPF <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
CNS <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Nome do Profissional <input style="width: 200px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	CBO <input style="width: 60px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	CPF <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
CNS <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Nome do Profissional <input style="width: 200px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	CBO <input style="width: 60px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	CPF <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
CNS <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Nome do Profissional <input style="width: 200px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	CBO <input style="width: 60px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	CPF <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
CNS <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
<b>7 - RESPONSÁVEIS PELO CADASTRAMENTO</b>		
Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a) <input style="width: 300px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade <input style="width: 150px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS <input style="width: 300px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS <input style="width: 300px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		

## ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO DA FICHA COMPLEMENTAR DA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA

### Conceitos:

Entendem-se por Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

O cadastro da residência terapêutica nos estabelecimentos somente será permitido se a mesma se enquadrar no conceito acima descrito e o estabelecimento possui o serviço especializado 115 - SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, com as classificações 001 - Residência Terapêutica em Saúde Mental, 004 - Serviço Residencial Terapêutico Tipo I - SRT tipo I ou 005 - Serviço Residencial Terapêutico Tipo II - SRT tipo II.

A indicação do serviço 115 - SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, com as classificações 001 - Residência Terapêutica em Saúde Mental, 004 - Serviço Residencial Terapêutico Tipo I - SRT tipo I ou 005 - Serviço Residencial Terapêutico Tipo II - SRT tipo II somente será admitido em tipos de estabelecimentos 70 - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

Não é permitido o cadastro da residência terapêutica como estabelecimento de saúde.

Para identificação das residências terapêuticas deverão ser observados os critérios abaixo estabelecidos:

#### 1 - DADOS OPERACIONAIS:

Informar se o comando é de INCLUSÃO, ALTERAÇÃO OU EXCLUSÃO: campo com preenchimento obrigatório.

#### 2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Deverá ser informado o CNES e nome fantasia do estabelecimento ao qual a residência terapêutica esta vinculada: campo com preenchimento obrigatório

#### 3 - IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Deverá ser informado o nome de referência. As residências deverão ser identificadas por um nome de referência, ficando a critério do gestor, a escolha do mesmo, podendo o nome ser alfanumérico: campo com preenchimento obrigatório.

Obs.: O cadastro das residências só poderá ser realizado no cadastro do estabelecimento que tiver previamente indicado o serviço: 115 - SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, com as classificações 001 - Residência Terapêutica em Saúde Mental, 004 - Serviço Residencial Terapêutico Tipo I - SRT tipo I ou 005 - Serviço Residencial Terapêutico Tipo II - SRT tipo II. Caso haja mais de uma residência vinculada ao mesmo estabelecimento, o SCNES fará automaticamente a numeração seqüencial no formato SSSCNES. Onde: SSS: Número Seqüencial CNES - Código do CNES do estabelecimento

Tipo de Residência Terapêutica: Deverá ser indicado o tipo de residência terapêutica conforme o serviço 115 - SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, se com a classificação: 004 - Serviço Residencial Terapêutico Tipo I - SRT tipo I indicar o tipo I e se com a classificação: 005 - Serviço Residencial Terapêutico Tipo II - SRT tipo II, indicar o tipo II (campo com preenchimento obrigatório).

#### 4 - LOCALIZAÇÃO

Deverá ser informado o endereço completo da residência terapêutica (Todos os campos são de preenchimento obrigatório).

#### 5 - CARACTERIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA

##### 5.1 - Quantidade de Moradores

Deverá ser informada a quantidade de moradores da residência, por sexo (campo com preenchimento obrigatório).

##### 5.2 - Data de Ativação

Deverá ser informada a data no formato dia/mês/ano(dd/mm/aaaa) da implantação da residência terapêutica e a data não pode ser superior à data atual (campo com preenchimento obrigatório).

##### 5.3 - Data de Desativação

Deverá ser informada a data no formato dia/mês/ano (dd/mm/aaaa) da desativação da residência terapêutica e a data não pode ser superior à data atual.

##### 5.4 - N ° de Cuidadores.

Deverá ser informada a quantidade de profissionais com a ocupação de Cuidador de Saúde, CBO 2002, que estão lotados na residência. Poderão ser informados outros profissionais lotados na residência quando houver CBO compatível com a ocupação dos mesmos.

#### 6 - IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

##### 6.1 - Responsável Técnico

Deverá ser identificado o profissional lotado no estabelecimento de saúde ao qual a residência esta vinculada, indicado como responsável técnico pela mesma. Na ficha deverão ser preenchidos os campos de NOME, CPF, CNS, E-MAIL, TELEFONE, CBO e CHS com base no cadastro Existente do profissional. No SCNES essas informações serão importadas do cadastro do profissional, através da opção de Pesquisa de Profissional existente (campo com preenchimento obrigatório).

6.2 - Esta Residência Terapêutica possui Parceria com ONG/OS/OSCIP? Responder Não ou SIM, se a resposta for sim, deverá ser indicado o nome da com ONG/OS/OSCIP (campo com preenchimento obrigatório).

##### 6.3 - Cuidador de Saúde

Deverá ser informada a descrição dos profissionais com a ocupação de Cuidador de Saúde, que estão lotados na residência, através da vinculação das informações existentes no cadastro de profissionais.

Deverão ser trazidas as informações referentes a CBO, NOME, CPF e CNS

OBS: Esses profissionais estão atualmente cadastrados com o CBO 2002

#### CAMPO COM PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

#### 7 - RESPONSÁVEL PELO CADASTRO

O cadastro das residências terapêuticas deverá ser realizado pelo gestor municipal/estadual ou pelo próprio estabelecimento se assim for delegado pelo gestor.